

LA CONOSCENZA È NEMICA DELLA MALATTIA: IL VALORE DELLA RICERCA PER LA SALUTE

Eugenio Gaudio, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Roma La Sapienza, professore ordinario di Anatomia umana

Roberto Lagalla, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Palermo, professore ordinario di Diagnostica per immagini e Radioterapia

Sergio Pecorelli, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Brescia, professore ordinario di Ginecologia e Ostetricia

Walter Ricciardi, Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, professore ordinario di Igiene generale e applicata

Moderatore: **Giuseppe Damante**, Delegato al Trasferimento tecnologico, Università degli Studi di Udine, professore ordinario di Genetica medica

PREMESSA

La relazione tra conoscenza, salute e medicina risale ad almeno 150 anni fa quando la medicina ha abbandonato le pratiche che l'avvicinavano più alla magia che alla scienza

anche se ancora oggi, purtroppo, sopravvivono approcci alla salute privi di alcuna base scientifica. I progressi della medicina hanno coinvolto varie discipline, dalla medicina di base, alla biologia, alla genetica e a tutte quelle materie dove si è compreso meglio il funzionamento del corpo umano, i meccanismi di malattia, la possibilità di fare diagnosi e trattare le malattie. Conseguentemente anche la didattica medica è cambiata; si tende a formare super specialisti concentrati sulla patologia d'organo con il rischio di perdere di vista l'unità del malato. L'importanza di una didattica basata su solide basi teoriche può essere riassunta in una bella frase del padre della medicina moderna, il dott. William Osler, che provenendo da una famiglia di navigatori così sintetizzava il suo pensiero «lo studente o il medico che osserva il malato e i segni della malattia senza l'utilizzo dei libri è come il navigante che va per mare senza mappa» ma «lo studente o il medico che studia sui libri senza l'osservazione del malato è come un navigante che ha la mappa ma non va per mare». Ecco quindi che,

affinché lo studio della medicina sia efficace è necessaria l'interazione continua tra conoscenza e osservazione del malato; dunque, l'interazione tra università e sistema sanitario. Coerentemente con questo concetto, da anni in Italia sono state create le aziende ospedaliere universitarie. Però il rapporto tra componente universitarie e ospedaliera non è semplice.

SINTESI DELLA DISCUSSIONE

Ormai da tempo il concetto di salute si è modificato, l'OMS ha chiarito che la salute non consiste nell'assenza della malattia ma riguarda il concetto più ampio di benessere della persona. Ciò incide inevitabilmente sul modo di fare medicina. Si stanno affermando due concetti chiave: la medicina della prevenzione e la medicina della precisione. Per la prevenzione incidono significativamente gli stili di vita: i progetti educativi rivolti alla popolazione sono molto importanti ed è necessario che il nostro paese si doti di una strategia sostenuta da investimenti adegua-

ti. La medicina di precisione, cioè l'utilizzo di farmaci specifici per particolari *pathways* molecolari e il loro utilizzo basato sulla conoscenza delle caratteristiche genetiche del paziente, ha rivoluzionato il settore. Dunque, affinché il nostro paese possa essere considerato all'avanguardia nella medicina di precisione è necessaria l'attività integrata di tre tipologie di attori: le strutture sanitarie, le industrie, le università. Le strutture sanitarie perché costituiscono il luogo dove i pazienti vengono accolti e trattati, le industrie perché deputate alla generazione di farmaci innovativi, le università perché sedi di ricerca innovativa. Nel sistema della ricerca biomedica transnazionale le università italiane non sono tra i protagonisti, perché per conquistare un ruolo ci si deve muovere come gruppo e non come singoli, e noi manchiamo di un approccio coordinato e integrato. Ovviamente, l'integrazione da sola non basta: per la ricerca biomedica innovativa sono necessarie risorse economiche e di personale adeguate. Purtroppo, soprattutto negli ultimi anni, questo tipo di risorse per l'università si è ridotto

drasticamente. L'università contribuisce anche attraverso la didattica. Le scuole di medicina devono integrarsi con il sapere scientifico. È da ribadire il concetto che la nostra didattica è di ottimo livello e i nostri laureati sono sempre molto apprezzati all'estero. L'impostazione mediterranea *knowledge-based*, rispetto a quella anglosassone *skill-based* è vincente. Il fatto che per diventare medico siano necessari due cicli formativi, tra i dieci e dodici anni di studio, ha portato a un sistema sanitario classificato fra i pochi servizi italiani di qualità nel mondo. È utile ricordarlo prima di ipotizzare scelte diverse avendo cura di pensare ai nostri specialisti più come a dei dottori di ricerca che come a degli assistenti medici in formazione. La controversa discussione sull'accesso programmato può essere chiusa con l'analisi dei dati che confermano l'innalzamento della *performance* degli studenti portando l'area medica in testa alla classifica sull'efficacia della formazione: oltre il 90% si laurea, il 60% si laurea in corso e per, la parte triennale delle professioni sanitarie, essendo l'area abilitan-

te e legata direttamente alla professione con un profilo specifico, ha un immediato assorbimento nel mondo del lavoro.

In questo contesto si inserisce l'annosa questione del rapporto con il servizio sanitario. La presenza degli 'universitari' è spesso percepita come una mera sottrazione di risorse del territorio, dimenticando la funzione, non solo culturale e formativa, ma strutturale che svolgiamo con la presenza di personale, docenti, specializzandi, allievi che innervano e vivificano il sistema. La relazione con l'ospedale consente di combinare la *skill-based education* con la *knowledge-based education* creando un circolo virtuoso che produce effetti sulla qualità della ricerca scientifica, della curiosità scientifica e dell'avanzamento culturale anche in quelle strutture ospedaliere che, talvolta sommerse dalla prassi quotidiana, difettano rispetto alla finalizzazione delle conoscenze e delle competenze sicuramente elevate di cui dispongono. La centralità delle strutture ospedaliere nella funzione specialistica e professionale è irrinunciabile in un sistema in cui la conoscenza

medica si aggiorna in tempi estremamente veloci, con una obsolescenza delle nozioni pari al 50% di esse nell'arco di 5 anni. È necessario che il medico o l'operatore sanitario abbiano solide competenze – quelle cosiddette biologiche e quelle cliniche – che vanno coniugate con un approccio metodologico che solo la formazione all'interno delle università può assicurare. L'integrazione tra università e ospedale, che si traduce nelle aziende ospedaliero-universitarie, è un obiettivo che incontra continui ostacoli: dalla difesa di piccoli spazi alla carenza di risorse. Solo un protocollo di sistema unico e condiviso potrà consentirci di assolvere la doppia missione cui siamo chiamati: l'attenzione per il paziente e quella per lo studente. La riforma dell'art. 117 della Costituzione, quello sulle competenze delegate alle regioni, è l'occasione giusta, forse unica, per superare un sistema basato sulla concorrenza tra Stato e regioni che non regge. Le regioni si sono dimostrate incapaci di gestire tematiche che impattano su salute, ricerca, sperimentazione e formazione dei medici. Dall'altro lato le

università devono svolgere un ruolo anche sul territorio perché la terza missione non è solo trasferimento tecnologico ma soprattutto di conoscenza ed è in tal modo che possiamo contribuire alla salute delle persone.